



Gemeinschaftspraxis für
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Sozialpsychiatrie
Dr. med. Anne Bischoff • Dipl. -Med. Gundula Hofmann
Große Hamkenstr. 19
49074 Osnabrück
Telefon: 0541 - 760279-90
Fax: 0541- 760279-99

Einwilligung zur elektronischen Übermittlung und Verarbeitung von personenbezogenen Gesundheitsdaten

Patient:

Empfänger:

Die Ärzt*Innen, die von der Schweigepflicht entbunden wurden.

Ich bin darüber informiert worden, dass die Praxis Bischoff und Hofmann

personenbezogene Daten von mir für Zwecke der Behandlung/Weiterbehandlung auf elektronischem Weg aus seinem Arztinformationssystem heraus übermitteln wird.

Dabei handelt es sich um meinen Namen, Anschrift, ggfs. Telefonnummer, Geburtsdatum, Geschlecht und benötigte Daten meiner medizinischen Dokumentation, die in dem Arztinformationssystem erfasst sind.

Diese Daten werden als „e-Arztbrief“ übertragen.

Dieser Dienst ist für mich als Patient kostenfrei.

Ich bin weiter darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass die Daten in verschlüsselter Form über das Internet übertragen werden und somit vor der unbefugten Kenntnisnahme Dritter geschützt sind.

Die empfangende Einrichtung ist darüber hinaus dazu berechtigt, die übermittelten Daten für meine (Weiter-)Behandlung zu nutzen. Mein Recht der Arztwahl bleibt davon grundsätzlich unberührt.

Ich bin darüber unterrichtet worden, dass im Falle meiner Weigerung, die Einwilligung zu erteilen, eine Übermittlung von Daten aus dem Arztinformationssystem heraus nicht erfolgen wird. Weitere Folgen ergeben sich aus der Weigerung nicht.

Mit meiner Unterschrift bestätigte ich, dass ich der elektronischen Übertragung meiner Daten freiwillig zustimme und mit der Erhebung und Verarbeitung meiner Daten in dem hierfür erforderlichen Umfang einverstanden bin.

Ich erteile diese Einwilligung für meine/n behandelnde/n Arzt/Ärztin und bin mir bewusst, dass diese Einwilligung auch für zukünftige Datenübermittlungen gültig ist.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum, Unterschrift